

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y USO
DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS
PACIENTES PUÉRPERAS DEL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - ENERO
2015**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

María Melissa Moras Rosado

ASESOR

Julio Raymundo Aguilar Franco

Lima – Perú

2015

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme acompañado a lo largo de toda mi vida, por siempre darme fuerzas en los momentos difíciles y por haberme dado el lujo de tener hasta el momento, una vida llena de aprendizajes y felicidad.

A la Facultad de Medicina de San Fernando, por haberme acogido desde primer año, haberme formado tanto en conocimientos como en los valores necesarios para hacer la diferencia.

A mis padres por haberme inculcado valores durante toda mi vida, por haber sembrado en mí el deseo de superación y por haberme brindado el apoyo y la confianza necesaria para poder concluir mi carrera.

A mis hermanos, por ser parte importante en mi vida, y aunque no los tenga a todos cerca de mí, siempre sentí su afecto, cariño y apoyo; gracias por confiar siempre en mí.

A mi asesor, el Dr. Julio Aguilar, por su apoyo y confianza en el desarrollo del presente trabajo, por demostrarme que aunque uno tenga miles de cargos importantes, nunca debe de perder la humildad.

A mis hermanas Yaramidas, gracias por su apoyo, compañía, consuelo, risas; porque el logro de una, es el logro de todas, son realmente importantes en mi vida.

A todos mis amigos, porque de una u otra manera, son mis cómplices, en este largo camino de 7 años; en especial a Adal, gracias por ser mi apoyo incondicional.

Melissa Moras Rosado

DEDICATORIA

A mi familia, todo lo hago por ustedes.

.

Melissa Moras Rosado

ÍNDICE

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
CAPÍTULO I:	9
1.1 Planteamiento del problema- Problema General	9
1.2 Antecedentes	12
1.3 Formulación de objetivos	14
1.4 Justificación de la investigación	15
1.5 Limitaciones	17
 CAPÍTULO II: Marco teórico	 18
 CAPÍTULO III	 37
3.1 Formulación de la hipótesis	38
3.2 Diseño Metodológico	38
3.2.1 Tipo de investigación	38
3.2.2 Descripción de la Sede de Estudio y Población	38
3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión	39
3.2.4 Operacionalización de variables	39
3.2.5 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	40
3.2.6 Análisis estadístico de los datos	41
 CAPÍTULO IV:	 43
4.1 Resultados	44
4.2 Discusión	53
 CAPÍTULO V:	
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones	58
 Referencias bibliográficas	 59
 Anexos	 64

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1	
Conocimiento de métodos anticonceptivos por en población peruana	23
Tabla 2.	
Categorías de la OMS para elegibilidad del método anticonceptivos	29
Tabla 3. Operacionalización de Variables	39
Tabla 4.	
Pacientes puérperas del HNDAC enero-2015 según grupos de edad	44
Tabla 5.	
Estado civil en pacientes puérperas del HNDAC enero-2015	45
Tabla 6.	
Planificación de embarazo actual en puérperas del HNDAC enero-2015	45
Tabla 7.	
Elección de método anticonceptivo en puérperas del HNDAC enero-2015	46
Tabla 8.	
Tipo de método escogido en pacientes del HNDAC enero-2015	46
Tabla 9.	
Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en pacientes del HNDAC enero-2015	47
Tabla 10.	
Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos según rango de edad	47
Tabla 11.	
Nivel de conocimientos según grado de instrucción	48

Tabla 12. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos según planificación de embarazo actual	49
Tabla 13.	
Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos según elección de uso	49
Tabla 14.	
Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos según método elegido	50
Tabla 15.	
Valores Observados de Nivel de Conocimientos y Elección de método	51
Tabla 16.	
Valores Esperados de Nivel de Conocimientos y Elección de método	52
Tabla 17.	
Cálculo de la prueba de X^2	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico 1: Uso de métodos anticonceptivos en mujeres actualmente unidas.	24
Gráfico 2: Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos según elección de uso en pacientes puérperas del HNDAC enero-2015	16

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en las pacientes de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en enero del 2015. **Materiales y Métodos:** Se aplicó una sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas. Se evaluó generalidades sobre planificación familiar post-parto (pregunta 1 a la 3); métodos anticonceptivos (4 a la 9); modalidades y características de cada uno de los métodos (10 a la 16); y falsos conceptos sobre métodos anticonceptivos. Se buscó la relación entre conocimientos y uso mediante la prueba estadística de Chi Cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05. **Resultados:** Las pacientes puérperas de los servicios de Maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión presentan un 53.8% de nivel de conocimientos “Deficiente”, un 35.9% de conocimientos “Regular” y solo el 10.3% obtuvo de puntaje lo correspondiente a un nivel “Bueno”; ninguna puérpera obtuvo calificación “Excelente”. El 89.7% decidió administrarse un método anticonceptivo antes de que se efectivice el alta médica, siendo el método más escogido el acetato de Medroxiprogesterona, en segundo y tercer lugar, la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral. No se observó una relación entre las variables uso y nivel de conocimiento. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento que se encuentra en mayor proporción es el “Deficiente”. Aproximadamente el 90% de las encuestadas eligió un método anticonceptivo en la etapa de puerperio. El nivel de conocimientos no influye significativamente en la decisión de uso de un método anticonceptivo en la etapa puerperal.

Palabras clave: Puerperio, conocimiento métodos anticonceptivos, uso.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge and use of contraceptive methods in postpartum patients of maternity services Daniel Alcides Carrión National Hospital in January 2015. **Materials and Methods:** Surveys were applied (20 multiple choice questions) about knowledge and use of contraceptive methods in postpartum patient's maternity services HNDAC. In the part of general knowledge questions about postpartum family planning (question 1 to 3) was evaluated; generalities about contraception (questions 4 through 9); conditions and characteristics of each contraceptive methods (questions 10 to 16); misconceptions about contraception. The relationship between knowledge and use sought by chi square statistical test, with a significance level of 0.05. **Results:** postpartum patients Maternity services HNDAC have a 53.8% level of "Poor" knowledge, 35.9% of knowledge "Regular" and only 10.3% obtained from the corresponding score "Good" level; no puerperal scored "excellent" rating. 89.7% decided administered or placed contraception is effected before the medical discharge, being the preferred method chosen Medroxyprogesteroneacetate, and, secondly and thirdly, the Copper T and bilateral tubal blockage. No relationship between the variables and use knowledge level was observed. **Conclusions:** The level of knowledge found in greater proportion is "Poor", despite this about 90% of respondents chose a contraceptive method in the puerperium, which was administered prior to discharge. The level of knowledge does not significantly influence the decision to use contraception in the postpartum period.

Keywords: Postpartum, knowledge contraceptive methods, use.

INTRODUCCIÓN

Mientras que la planificación familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, los conocimientos y elección de métodos anticonceptivos en la etapa post-parto se centran en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto.

El espaciar el nacimiento de un nuevo niño, tiene muchas ventajas demostradas, ya que puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y del 10 % de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años, (1) además, los embarazos separados por intervalos cortos dentro del primer año después del parto son los que presentan más riesgo para la madre y el recién nacido, y conllevan mayores riesgos de resultados adversos, como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y neonatos pequeños para la edad gestacional (2).

Después del parto, las puérperas permanecen amenorreicas durante períodos variables, según sus prácticas de lactancia. Para las mujeres que no amamantan a sus bebés, el embarazo puede producirse dentro de los 45 días después del parto (3), por ellos es de suma importancia que la madre tenga los conocimientos necesarios para ayudarlas a decidir sobre el método anticonceptivo que desean usar, iniciarlo y seguir usándolo durante dos años o más, según cuáles sean sus intenciones o las de la pareja en cuanto a la reproducción.

Con lo anteriormente expuesto, el presente estudio de investigación considera conveniente responder a la interrogante: ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos y el uso de los mismos en las pacientes puérperas de los servicios de maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.?

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

I. TÍTULO DE INVESTIGACIÓN

RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS PACIENTES PUÉRPERAS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN - ENERO 2015

1.1. EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para mantener o conservar la salud sexual y reproductiva se requiere de múltiples acciones de promoción, prevención, que sean específicas en cada una de las etapas del ciclo de vida, de acuerdo a las necesidades cambiantes de las personas.

La salud sexual consiste en disfrutar la sexualidad sin el riesgo de padecer violencia o adquirir alguna enfermedad o de tener un embarazo que no se ha planeado o no se ha deseado. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y reproducirse de acuerdo a su libertad para decidir cuándo, cómo, con quién y con qué frecuencia hacerlo. (4)

Esto significa, además, que los servicios debieran garantizar información y educación sobre salud sexual y reproductiva, acceso a la metodología anticonceptiva y planificación familiar. Es dentro de este panorama que las actividades de anticoncepción y planificación familiar deben cumplir su cometido, de ayudar a las personas a alcanzar su fecundidad deseada y contribuir a su desarrollo.

La planificación familiar posibilita el crecimiento organizado de la población a través de personas que adoptan un método anticonceptivo, permitiendo que se tengan los hijos en edades y con espaciamientos adecuados (edad materna de 25 a 35 años y un intervalo inter genésico mayor de 2 años), mejorando los recursos económicos y sociales de las parejas.(5)

Lo más importante es tener el conocimiento adecuado respecto a las posibilidades de métodos anticonceptivos a los que se puede acceder, sobre todo en el momento en que ya se cumplió de manera próxima el deseo de iniciar o continuar con la formación de una familia, como lo es

el momento del puerperio, donde la pareja y sobre todo la madre, debe de decidir entre el uso de un método anticonceptivo para prevenir el quedar embarazada de una manera próxima, ya sea de una forma reversible o permanente. Y no solo el conocimiento se basa en el método que elegirán, sino en el método que no pueden utilizar por su condición de puérperas con un proceso de lactancia de mínimo los próximos 6 meses.

Lo ideal sería que antes del parto, la gestante sepa el método que usará en el futuro, ya que la atención prenatal representa una oportunidad única para realizar intervenciones dirigidas a evitar los embarazos no deseados, pero lamentablemente, la mayoría de pacientes aún duda en la etapa de puerperio el optar o no por un método anticonceptivo, en algunos casos por desconocimiento total, otras por temor a supuestos efectos del uso, o por no saber cómo usarlos; todo ello dificulta que la paciente sea dada de alta con un método escogido, o en el mejor de los casos ya administrado o colocado.

El período posparto brinda la posibilidad no sólo de captar una población cautiva para la educación sobre los métodos anticonceptivos sino también altamente motivada. Durante este tiempo, el asesoramiento sobre los distintos métodos anticonceptivos, la elección y uso subsiguiente representa una oportunidad importante para evitar embarazos futuros no deseados (6).

Es necesario conocer el nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos de las pacientes en el periodo posparto además de la relación que tiene este nivel con el uso de ellos, ya que es posible que sea el último momento que tengan acercamiento a un establecimiento de salud para poder recibir información acerca de los métodos anticonceptivos y poder elegir un método de forma efectiva.

Al saber acerca de los conocimientos de esta población, notamos las diferentes deficiencias de la promoción de la salud y la planificación familiar en otras etapas de la vida y nos presenta una posibilidad de elaborar programas para mejorarla.

1.2. PROBLEMA GENERAL

A partir de esta realidad se vio la necesidad de cuestionarnos, el nivel de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos que poseen las puérperas guarda o no una relación con la elección de un método anticonceptivo antes del alta médica.

1.2. ANTECEDENTES

Actualmente a pesar de los importantes avances que se han llevado a cabo respecto a la prevención de embarazos no deseados en adolescentes, no cabe duda que el mejor tratamiento de este problema es más información mediante la educación sexual.

Según las estadísticas mostradas por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el Perú 13 de cada 100 adolescentes mujeres entre 15 y 19 años de edad ya son madres o están embarazadas por primera vez; mientras que el Instituto Nacional de estadística e informática (INEI) según sus estudios realizados en el 2010 nos han demostrado que las mujeres en edad fértil sin nivel educativo tienen un uso de los métodos de 65,7 % mientras las mujeres con un nivel educativo de primaria tienen un 72,9 % del uso de los mismos, con un nivel educativo de secundaria un 74,9 %, mientras que las adolescentes con un nivel superior un 76.6 %, mostrándonos un porcentaje de la población no usa métodos anticonceptivos a pesar de encontrarse en edad fértil.

En el ENDES 2013, el grupo de mujeres fértiles, casi todas, el 99,8%, han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos los más conocidos por el 99,6% de ellas. En este grupo los más conocidos son la inyección (99,0%), el condón masculino (98,4%), la píldora (98,0%). A pesar de haber escuchado alguna vez acerca de los diferentes métodos anticonceptivos, un gran porcentaje de la población en edad fértil no lo ha usado o no los usa en la actualidad, ya que solo el 75,2% de esta población ha usado alguna vez métodos anticonceptivos y solo un 87% de la población sexualmente activa usa actualmente un métodos anticonceptivo

A nivel de Lima, en un estudio realizado en adolescentes puérperas en el INMP en el 2012 que tuvo como objetivo determinar si existía relación significativa entre la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos con el nivel de conocimiento de los mismos, se obtuvo como resultado que sí que existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. (7) No se han encontrado antecedentes de este tipo de estudio en puérperas en la Provincia Constitucional del Callao.

1.3. OBJETIVOS

1. Objetivo General

- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en enero del 2015.

2. Objetivos Específicos

- Establecer el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos que tienen las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, diferenciándolo en excelente, bueno, regular y deficiente.
- Determinar el uso de métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Determinar la distribución de la población según el nivel de conocimiento y la edad de la paciente, el grado de instrucción, el deseo del embarazo actual, la participación de la pareja en la elección del método anticonceptivo a utilizar, el número de parejas sexuales, la fuente de información acerca de métodos anticonceptivos y el tipo de método anticonceptivo elegido.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio del uso y nivel de conocimiento de la anticoncepción en el periodo del puerperio es de particular importancia, no solo porque es el determinante próximo más importante de la fecundidad, sino por la utilización práctica que pueden hacer de esta información los administradores de los programas de planificación familiar y los responsables de la formulación de políticas de población y salud. El adecuado conocimiento del nivel de uso y de los tipos de métodos empleados permite evaluar también la efectividad de los programas desarrollados en el pasado reciente y posibilita además, identificar a los grupos con limitado acceso a los servicios de orientación, comercialización o distribución.

A nivel nacional, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 (ENDES-2013), las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, representaron el 25,8% de la población total del país y el 50,4% de la población femenina, las cuales comienzan a tener hijas/os a edades tempranas, por ejemplo, antes de los 18 años, entre un 15,1% y 17,9% tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 32,6% y un 35,4% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años y al llegar a los 25 años, más del 64,6% de las mujeres habían dado a luz.

Eso nos muestra un gran porcentaje de la población con inicio de su vida sexual y reproductiva, la misma que cuenta aún con muchos años de etapa fértil, con la consiguiente posibilidad de seguir gestando en otra ocasión y la necesidad de información de los métodos anticonceptivos para poder planificar la cantidad de hijos que desea tener y el espaciamiento de los nacimientos.

Además, en la misma encuesta se observa que el 99,8% de las mujeres han oído hablar de algún método de planificación familiar, a pesar de ello, un gran porcentaje de la población en edad fértil no lo ha usado o no los usa en la actualidad, ya que solo el 75,2% de esta población ha usado alguna vez métodos anticonceptivos y el 87% de la población sexualmente activa usa actualmente un métodos anticonceptivo.

Esto nos muestra que no es suficiente el haber escuchado acerca de la existencia de algún método anticonceptivo, sino que es muy importante que dispongan de información suficiente,

de cuáles son los más convenientes de acuerdo a sus preferencias y condiciones personales y su modo de operación para emplearlos de forma segura y efectiva.

Y esta deficiencia en la adquisición de conocimientos que lleven a una mala práctica con respecto al uso de métodos anticonceptivos, se puede apreciar en la elección de un método luego de que haya realizado el evento obstétrico, ya que el posparto es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas y biológicas muy peculiares, que lo hacen un período con requerimientos especiales en materia de salud y en particular, sobre anticoncepción; la cual es vital para lograr un adecuado espaciamiento de los embarazos, para poder evitar embarazos no deseados, poder elegir el intervalo entre su próxima gestación, además de cuidar su salud evitando el contagio de ITS.

Además la justificación del uso de anticoncepción durante el puerperio se debe a los propios deseos de los usuarios, además de que desde el punto de vista médico es importante mantener un intervalo mínimo de tiempo entre un embarazo y otro: cuando es inferior a dos años, se ha asociado a un incremento en la incidencia de bajo peso al nacer, parto pretérmino, muerte neonatal, malnutrición o infección (8,9)

Por consiguiente el embarazo y el post-parto son etapas de la vida reproductiva que ofrecen una buena oportunidad para educar a las mujeres sobre la importancia del espaciamiento de los hijos y sobre los métodos anticonceptivos (10). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1993 señaló la importancia cultural de los períodos post-parto para las parejas, mostrando la necesidad de integrarla a los servicios de salud materno-infantil.

Al tener información acerca del conocimiento de los métodos anticonceptivos y la práctica respecto a su uso de esta población de mujeres, se contribuir a generar estrategias de solución a esta problemática.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Dentro de las limitaciones del estudio se presentó lo siguiente:

1. La población que fue elegida estuvo conformada por pacientes puérperas de las salas de puerperio, tanto de partos eutócico como las pacientes post-cesárea, en estas últimas la toma de la encuesta presentó mayor dificultad por el dolor debido al procedimiento quirúrgico, al mismo tiempo algunas de las pacientes no se encontraban en sus camas al momento de la toma de encuestas ya que se les estaba realizando algún procedimiento, o en el Departamento de Neonatología dando de lactar a los neonatos recién nacidos o realizando método canguro, por lo cual esta cantidad de pacientes se perdió.
2. Las camas de puerperio tienen una movilización rápida, es decir algunas pacientes multíparas eran dadas de alta precozmente y dificultaba que se les pudiera realizar la encuesta a todas ellas, ya que en ocasiones se efectivizaba el alta antes de que se le realizara la encuesta.
3. Se contaba con solo aproximadamente 2 horas por día para poder tomar las encuestas a todos los ingresos, ya que se debía de respetar la hora de visita médica y la hora de almuerzo y visita de familiares de las pacientes, en ocasiones era tiempo insuficiente por la cantidad de nuevos ingresos, con lo cual también había pérdida de algunas encuestas.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

IV. MARCO TEÓRICO

La anticoncepción, y con ella la planificación familiar, tuvo sus orígenes en una concepción demográfica, la misma que dio un vuelco muy grande luego de las Conferencias Internacionales de Cairo y de Beijing, en 1994 y 1995, respectivamente, transformándose en una concepción basada eminentemente en el respeto por los Derechos de la Personas, esto es los Derechos Sexuales y Reproductivos. (11,12)

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, en 1994, se ratificó el concepto de salud reproductiva y sexual siguiente: “En el marco de la definición de la salud de la OMS, como un estado de total bienestar físico, mental y social no solo como la ausencia de enfermedad, la salud reproductiva se preocupa de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfacción y libre de riesgos con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición, está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y a tener acceso efectivo aceptable a un costo razonable y libre de riesgos a los métodos de regulación de la fecundidad de su elección, así como el derecho a acceder a servicios adecuados de salud que permitirán a la mujer tener un embarazo y un parto seguros y a la pareja la oportunidad de tener hijos sanos” (13).

Los derechos reproductivos comprenden: El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información de los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; y el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (14)

La promoción del ejercicio de estos derechos es base primordial de políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva y la planificación familiar.

La realidad actual desdichadamente indica, que aun para millones de seres humanos, la salud reproductiva es algo muy difícil de obtener. Por lo menos 350 millones de personas que desean evitar un embarazo carecen de acceso a métodos de planificación familiar y 120 millones de

mujeres carecen de servicios de salud reproductiva accesibles y aceptables, alrededor de medio millón de mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, donde el aborto es una de las causas más frecuente. Además, la reproducción humana resulta de una compleja trama de relaciones sociales, de modo que la procreación, roles de género y organización familiar, responden a sistemas normativos de control social, que pueden ser favorables o no. (15)

Todos los beneficios que podemos tener con un adecuado programa de planificación familiar se pierden cuando no se tienen cubiertas las necesidades; es decir, en el aspecto sanitario, al no poder prevenir un embarazo que no es planificado, de los cuales el 60% (16,17) se convertirá en un embarazo no deseado cuya posibilidad mayor es la de acabar en un aborto, que por las consideraciones legales que existe en Latinoamérica y, específicamente en el Perú, donde solamente el aborto terapéutico no está penalizado, la mayor parte de estos abortos serían de tipo inseguro, con grave riesgo para la salud de las mujeres, incluso la muerte (18).

Además, no debemos olvidar que la Planificación familiar, mediante los métodos anticonceptivos de barrera, ayuda a la prevención de infecciones de transmisión de sexual, incluidos el papiloma virus (PVH), el VIH y muchas otras infecciones cuya propagación anual en millones de personas y sus consecuencias en la salud son consideradas como un problema de salud pública. También, contribuye a mejorar la salud infantil ya que permite que las mujeres, con un espaciamiento óptimo de los embarazos, dediquen más tiempo a los recién nacidos, con una mejor alimentación y un mejor desarrollo, preparados para una mejor educación. (19)

Uso de métodos anticonceptivos

La elección de un método anticipativo a usar depende, en la mayoría de los casos, de los consejos de la familia, amigos y proveedores de salud, y una de las características que más ayuda en la decisión del uso de un método es conocer su eficacia. (20) Las mujeres necesitan saber qué factores afectan la efectividad anticonceptiva (por ejemplo, el cumplimiento), y aquellos que pueden limitar la utilidad del método. Por lo tanto, la comunicación de la efectividad de los diversos métodos debe es vital para su posterior uso.

Métodos anticonceptivos en el Perú

La Constitución peruana establece una serie de derechos intrínsecamente relacionados con los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas; por ejemplo el derecho a la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, además del derecho a la vida, a la integridad física y mental, a la libertad de conciencia, a la libertad de información, a la intimidad personal, entre otros.

Asimismo, la Constitución señala “la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud” (21)

Según las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva 2004 y la Norma técnica de Planificación Familiar del 2005, señala que los usuarios de los servicios de planificación familiar y de los métodos anticonceptivos, tiene derecho a: (22,23)

- 1.- Privacidad; ya que toda persona tiene derecho a que toda comunicación y registros pertinentes a su tratamiento, sean tratados confidencialmente. Ser examinado en instalaciones que aseguren la privacidad visual y auditiva. Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen médico, el tratamiento o el procedimiento.
- 2.- Información; toda persona tiene derecho a obtener de la persona responsable de su atención, la información completa y actualizada sobre las características, mecanismos de acción, beneficios, efectos, posibles complicaciones, protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) VIH-SIDA, posibilidades de falla y contraindicaciones de todos los métodos anticonceptivos que ofrece el Ministerio de Salud (MINSA) indicados para hombres y mujeres.
- 3.- Rehusar a recibir tratamiento o atención luego de haber recibido la información completa sobre los mismos. Este hecho no le hará perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios. Deberá quedar documento escrito de su decisión, dejando abierta la posibilidad de reiniciar el manejo posteriormente.

A nivel nacional, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 (ENDES-2013), las mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, representaron el 25,8% de la población total

del país y el 50,4% de la población femenina, las cuales comienzan a tener hijas/os a edades tempranas, por ejemplo, antes de los 18 años, entre un 15,1% y 17,9% tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 32,6% y un 35,4% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años y al llegar a los 25 años, más del 64,6% de las mujeres habían dado a luz.

Uno de los objetivos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 fue determinar el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos, pues es una condición necesaria para su uso. La encuesta del año 2013 incluyó una sección completa sobre el conocimiento, el uso pasado y el uso actual de métodos de planificación familiar.

El conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción fue muy difundido entre la población femenina. Casi todas las mujeres en edad fértil (99,8%), conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos los más conocidos, por el 99,6% de ellas. Entre los métodos modernos menos conocidos por las mujeres se encontraron, la amenorrea por lactancia (23,8%), los métodos vaginales -espuma, jalea y óvulos- (47,3%), implantes (48,3%) y el condón femenino (49,9%). (Tabla N°1)

Tabla N°1

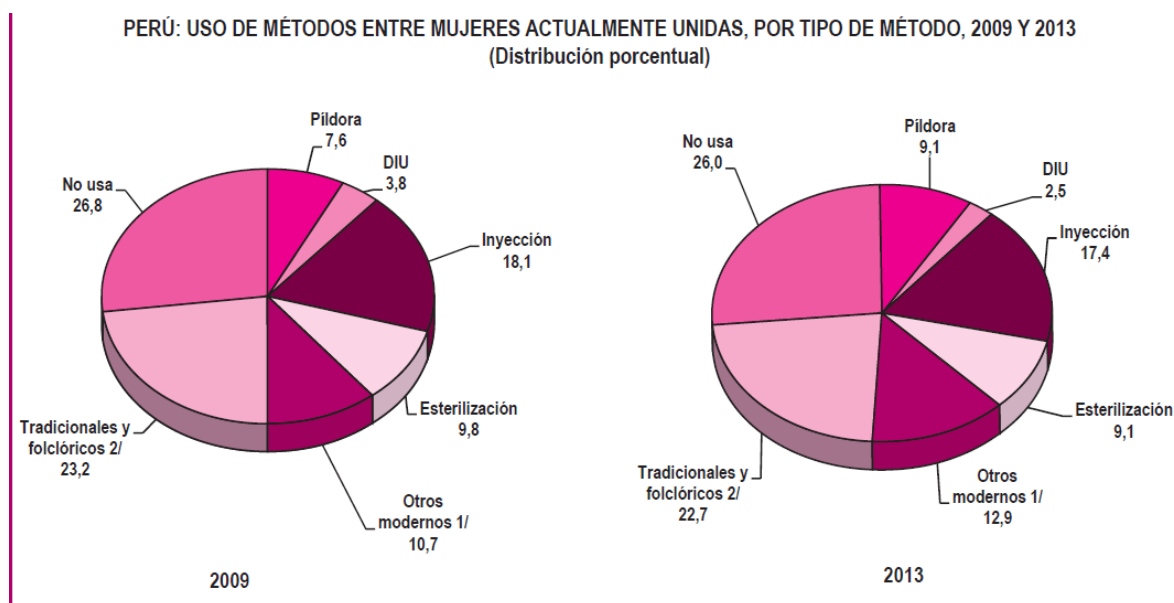
PERÚ: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR TODAS LAS MUJERES, LAS ACTUALMENTE CASADAS O UNIDAS Y NO UNIDAS SEXUALMENTE ACTIVAS, SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO ESPECÍFICO, 2013 (Porcentaje)			
Método anticonceptivo específico	Conocimiento de métodos en:		
	Todas las mujeres	Mujeres actualmente unidas	Mujeres no unidas sexualmente activas 1/
Cualquier método	99,8	99,9	100,0
Cualquier método moderno	99,6	99,8	100,0
Esterilización femenina	92,5	94,6	96,9
Esterilización masculina	76,9	79,3	88,8
Píldora	96,4	98,0	98,4
DIU	86,7	92,0	92,5
Inyección	97,2	99,0	99,4
Implantes	48,3	53,4	57,1
Condón masculino	98,2	98,4	99,8
Métodos vaginales (Espuma, jalea y óvulo)	47,3	48,2	64,8
Amenorrea por lactancia (MELA)	23,8	27,3	26,2
Anticoncepción de emergencia	75,8	71,5	94,4
Condón femenino	49,9	43,8	69,7
Cualquier método tradicional	95,4	97,4	99,3
Abstinencia periódica	92,3	93,9	97,1
Retiro	74,3	79,1	92,0
Método folclórico	8,6	11,0	6,3
Número promedio de métodos conocidos	9,7	9,9	10,8
Número de mujeres	22 919	12 969	1 605

1/ Comprende todas las mujeres que tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior a la encuesta.
 DIU= Dispositivo intrauterino.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Con el objeto de evaluar la práctica pasada y actual del uso de métodos anticonceptivos en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013, a todas las mujeres que respondieron conocer algún método se les preguntó si habían usado alguna vez en el pasado; los resultados disponibles muestran que el uso de métodos de anticoncepción fue muy difundido en el país, presentándose en un 78,6% entre las mujeres en edad fértil. Al analizar ambos resultados se observa que las mujeres en edad fértil, en un porcentaje considerable, conocen o han escuchado de los métodos anticonceptivos, pero de estas mujeres; no todas hacen uso de los métodos, ya que hay una diferencia de 98.6% a 78.6% entre ambos grupos.

Entre el periodo 1986 y 2013, la prevalencia anticonceptiva se incrementó en 28,2 puntos porcentuales al pasar de 45,8% a 74,0%, el porcentaje de mujeres actualmente unidas que usaron un método y, el uso de métodos modernos en 28,3 puntos porcentuales al pasar de 23,0% a 51,3%. El uso de métodos tradicionales y folclóricos disminuyó ligeramente, al cambiar de 22,8% a 22,7%. Entre los años 2009 y 2013, el uso de métodos modernos se incrementó en 1,3 puntos porcentuales. De ellos, la píldora aumentó al pasar de 7,6% a 9,1%; la inyección y la esterilización disminuyeron en 0,7 punto porcentual cada uno, en el referido periodo. En relación con los métodos tradicionales disminuyó en 0,5 punto porcentual, esto es, de 23,2% pasó a 22,7%. Pero aún se puede apreciar un alto porcentaje de aproximadamente 26% que no usa ningún método anticonceptivo. (Gráfico N°1)

Gráfico N°1



Es importante saber que en el país existe una alta motivación por limitar el tamaño familiar y espaciar la ocurrencia de los nacimientos. El 49,9% de las mujeres alguna vez unidas inició el uso de métodos anticonceptivos antes de tener hijas o hijos; en tanto, un 32,1% de madres iniciaron el uso, después de tener su primera hija o hijo; con esto se aprecia la importancia de que las puérperas, luego del evento obstétrico tengan los conocimientos suficientes para poder hacer uso y elegir un método anticonceptivo.

Además, para evaluar adecuadamente el grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos, se requiere precisar además, si las mujeres saben dónde pueden abastecerse,

si quisieran usarlos. En general, el mayor proveedor de métodos anticonceptivos en el país fue el sector público a través del Ministerio de Salud y EsSalud con el 60,6% de las usuarias actuales que respondieron haber utilizado estas fuentes de suministro de métodos modernos. El sector privado incluyendo a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) atendió un 38,4% de la demanda de métodos modernos; focalizándose en la oferta de métodos vaginales y condón masculino, donde alcanzó a cubrir el 89,1% y 72,9% respectivamente, suministrados básicamente por las farmacias.

Características básicas de los métodos anticonceptivos

Elección del método anticonceptivo

Cada mujer, cada hombre, cada pareja, tendrá que encontrar el método que mejor se adapte a sus circunstancias, peculiaridades, gustos, etc. En la elección del método deberá valorarse la calidad de un procedimiento anticonceptivo, para lo cual deben de tomarse en cuenta características universalmente establecidas (24):

Eficacia: Se aprecia mediante una sencilla fórmula que proporciona el llamado "Índice de Pearl": número de embarazos no deseados por 1200 para el número de ciclos en que se empleó el procedimiento en una población usuaria; el resultado representa el equivalente de embarazos por 100 mujeres / año. Se ha establecido que un índice mayor de 2 indica una eficacia pobre y relativamente poco confiable (24).

Inocuidad: Poco recomendable sería un procedimiento que causara graves peligros a la salud general o reproductiva de la persona usuaria.

Aceptabilidad: Además de objeciones que pueda tener la pareja, también debe considerarse si el método es molesto o desagradable, aunque no llegue a ser peligroso. En parte depende de la técnica de aplicación, de si se interrumpen o no los preparativos para el acto sexual, de que se conserve o la cultura, ideología y conceptos religiosos de la pareja que va a emplearlos.

Accesibilidad: Un buen método debe estar fácilmente disponible en el momento y por el tiempo que se le requiera, para asegurar la continuidad de su uso.

Facilidad de empleo: No es utilizable un procedimiento cuya complejidad de ejecución, a veces por encima del nivel cultural de la pareja, pudiera repercutir en falta de uso oportuno o abandono a corto plazo.

Costo: Debe ser el mínimo posible.

Los métodos anticonceptivos utilizados en planificación familiar son muy variados y su efectividad también es variable. En un intento de clasificarlos según su temporalidad, podemos tener dos grandes grupos (25):

- a) Métodos temporales
- b) Métodos definitivos

Entre los métodos temporales tenemos:

1. Abstinencia periódica: También llamado métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. (26) Abstención de relaciones sexuales por un período de tiempo del ciclo menstrual para evitar un embarazo. (23). Dentro de estos podemos mencionar los siguientes:

- a) Calendario de ritmo: evitar el coito los días fértiles del ciclo femenino basándose en la posibilidad de que la ovulación ocurra en los días 12 a 16.
- b) Temperatura basal: detectar la ovulación a través de variaciones de la temperatura en el curso del ciclo.
- c) Método del moco cervical-Billings: interpretar los cambios cíclicos del moco para determinar la ovulación.

2. Lactancia materna prolongada: promueve la liberación de la hormona prolactina, la cual favorece la amenorrea y la anovulación y, consecuentemente una infertilidad fisiológica.

3. De barrera

- a) Preservativo: funda de látex que se coloca en el pene en erección y retiene el semen evitando que alcance el moco cervical.
- b) Espermicidas vaginales: agentes químicos en forma de jaleas, cremas, espumas o supositorios que se colocan en la vagina antes del coito, actúan como bloqueadores mecánicos del cuello y destruyen los espermatozoides.
- c) Diafragma: dispositivo semiesférico de goma que se coloca en la vagina y produce la oclusión mecánica del canal cervical evitando el acceso de los espermatozoides, se utiliza combinado con un espermicida.
- d) Esponjas vaginales: sintéticas, blandas, realizadas a base de poliuretano que contienen espermicida, se colocan en la vagina cubriendo el cervix, obstruyen el orificio cervical externo y absorben los espermatozoides.

4. Intrauterinos

Son los dispositivos intrauterinos (DIU) que colocados en la cavidad uterina modifican su ambiente adecuándolo para evitar el embarazo. Se clasifican en:

- a. Inertes: actúan por su masa y su conformación como un cuerpo extraño sin mediar sustancia alguna.
- b. Liberadores de iones: a la acción del material plástico (cuerpo extraño) unen la de los iones que liberan según su composición los cuales inhiben la motilidad espermática.
- c. Liberadores de hormonas: tienen incorporados al tallo hormonas como los progestágenos en forma de microgránulos que se liberan en la cavidad uterina.

5. Hormonales

Se basan en la utilización de hormonas femeninas que intervienen en el mecanismo de la ovulación. Se clasifican en:

- a. Orales: combinación de estrógeno y progesterona en dosis que previenen la ovulación y regulan los ciclos: anticonceptivos orales (ACO).
- b. Inyectables: administración mensual en forma intramuscular de estrógenos y progesterona de depósito que evitan la ovulación.
- c. Implantes subdérmicos: se colocan debajo de la piel en la cara interna del brazo, liberan una dosis continua de levonogestrel que inhibe la ovulación (27).

Entre los métodos definitivos tenemos:

- Métodos de esterilización femenina o anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) o ligadura de trompas
- Métodos de esterilización masculina, o anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina o vasectomía.

Anticoncepción durante el puerperio

La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente.

La finalidad de esta estrategia es que todas las mujeres tengan la posibilidad y factibilidad de optar por alguna opción anticonceptiva antes de abandonar la unidad médica, esto propiciado por el alto porcentaje de mujeres que acuden a las unidades a recibir atención obstétrica sin haber tenido un contacto previo con los servicios de salud, la falta de orientación consejería, el difícil acceso a los servicios por su lugar de residencia o a factores culturales relacionados con la percepción de la planificación familiar (28).

Actualmente disponemos de diferentes guías para la elección del método anticonceptivo de forma más individualizada según las condiciones médicas que presente la usuaria, siendo una de las más importantes en la actualidad la 4ª edición de la guía de la OMS (Organización Mundial de la Salud): “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”.

En Estados Unidos, el CDC realizó una adaptación de ese documento en 2010: “Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: revised recommendations for the use of contraceptive methods during the postpartum period”, (29) con una 2ª edición en junio de 2013.

En ambos documentos se establece una serie de categorías, del 1 al 4, para el uso de un tipo de anticonceptivo en cada situación médica.

Tabla N°2: Categorías de la OMS para elegibilidad del método anticonceptivo.

Tabla 1. Categorías de la OMS para la elegibilidad del método anticonceptivo.

CATEGORÍA DE LA OMS	SIGNIFICADO
1	No hay restricción para el uso de ese método anticonceptivo.
2	Las ventajas del uso del método anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3	Los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método anticonceptivo.
4	Riesgo de salud inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo.

Fuente:Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010

Por ejemplo, acerca de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) se recomienda su uso, recién al menos a partir de la 4ª semana postparto para que cese el estado de hipercoagulabilidad; además se recomienda usar AHC a partir del día 21 en usuarias no lactantes sin factores de riesgo de ETEV.

Método lactancia amenorrea (MELA)

La lactancia materna incrementa la secreción de prolactina, teniendo ésta un efecto inhibitor de la ovulación. Este efecto es definido como el método lactancia amenorrea (MELA), como método anticonceptivo natural basado en la infertilidad natural durante el postparto, cuando la mujer está amenorreica y practica la lactancia materna. (30)

El Consenso de Bellagio ofreció las bases científicas para definir las condiciones en las cuales la lactancia materna puede ser usada de manera segura y eficaz para espaciar los nacimientos, y se desarrollaron recomendaciones programáticas para el uso de la amenorrea de lactancia en la planificación familiar.

Este método, no está exento de restricciones, los criterios para realizarlo son tres: 1) que la mujer que está amamantando no debe haber tenido menstruación desde el parto, 2) debe ser lactancia materna exclusiva cada cuatro-seis horas, con varias tomas nocturnas y 3) el bebé debe de tener menos de seis meses de edad. (31) Si alguno de estos criterios varía, es recomendable utilizar otro método anticonceptivo, ya que éste perderá su efectividad.

Cuando una mujer está en amenorrea y amamanta en forma exclusiva o casi exclusiva en el post-parto, tiene por lo menos un 98 por ciento de protección contra el embarazo durante seis meses.

Métodos anticonceptivos de barrera

Son aquellos que impiden la fecundación del óvulo, mediante acción mecánica o química sobre los espermatozoides. Entre los métodos de barrera se encuentra el condón, que tiene la ventaja adicional de reducir las ITS; es el caso del virus del herpes simple, el VIH, la clamidia y el gonococo (32).

El diafragma está hecho de caucho delgado, aunque ahora se está desarrollando diafragmas de colágeno. Viene en varios tamaños. En nuestro medio, este método es muy poco utilizado (33).

Con relación al condón masculino, aunque muchas personas creen que este método debe ser usado solo cuando existe riesgo de contraer una ITS o durante relaciones sexuales ocasionales, en el Japón es el método anticonceptivo más usado. Es un excelente método que brinda doble protección, porque protege contra las ITS/VIH y el embarazo que no se planea. El más difundido a nivel comercial es el de látex, aunque los hay de poliuretano, que los hace más resistentes al calor. Son lo suficientemente delgados que no disminuyen la sensibilidad durante el coito (34).

El condón femenino consiste en una funda de poliuretano con dos anillos; uno va contra el cérvix y el otro sobre la vulva. Protege a la mujer de las ITS más que el condón masculino, porque recubre la vulva. Tiene además la ventaja de que le otorga a la mujer el control de la RS

(26). El condón femenino es aun pobremente utilizado. Ha probado ser seguro y aceptable en el corto plazo y para ello la participación del varón es importante (35).

El capuchón o copa cervical tiene forma de dedal, que permite ocluir el cérvix y se puede usar por mayor tiempo que el diafragma. Se ha desarrollado dos métodos de silicona, ambos para usar con espermicidas y se les puede dejar in situ por dos días. Uno de ellos, por disponer de un sistema de válvula, permite el paso unidireccional de secreciones endocervicales hacia afuera, pero no permite el acceso de los espermatozoides.

Los espermicidas son productos químicos que se presentan en forma de jaleas, cremas, tabletas espumantes, óvulos espumantes, óvulos que se derriten y películas solubles. No reducen el riesgo de ITS/VIH y, de fallar en su acción anticonceptiva y ocurrir un embarazo, no producen malformaciones fetales. En este grupo de anticonceptivos se está estudiando, además, productos de plantas que tienen acción espermicida y antiviral. Cuando se usa geles para la suspensión del fármaco espermaticida parece que la hidropropilmetilcelulosa y metilcelulosa son los que producen una mejor distribución en la mucosa vaginal (36).

Anticonceptivos de progesterona sola (APS).

a. Anticoncepción inyectable trimestral. Contiene acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) 150 mg en suspensión acuosa, para aplicar cada tres meses. Es muy eficaz. Tiene algunos beneficios no anticonceptivos: protege contra la anemia ferropénica, disminuye el cáncer endometrial, disminuye el riesgo de embarazo ectópico y de EPI. Reduce la incidencia de miomas, así como la necesidad de histerectomía por esta causa. Mejora la dismenorrea, la cefalea durante la menstruación, el dolor asociado a endometriosis y el dolor pélvico o dispareunia de origen ovárico en mujeres histerectomizadas (37).

Siempre se ha dicho que la AMPD debe ser aplicada cada 12 semanas, con una tolerancia de 1 semana de retraso. Sin embargo, ahora se tiene evidencia que puede ser administrada hasta con 4 semanas de retraso sin que exista riesgo de embarazo (38). Además, debe decirse que se aprobó el preparado para uso subcutáneo, que contiene 30% menos de progestágeno que el

anterior inyectable (104 mg vs. 150 mg). La eficacia es la misma, pero tiene menos efectos adversos. La inyección viene ya cargada en jeringa de aguja corta y por tanto la misma mujer se la puede aplicar.

d. Implantes subdérmicos: Es uno de los más grandes avances tecnológicos en anticoncepción. Como ventajas se tiene: larga duración, alta efectividad, bajas dosis de progestinas, ausencia de estrógenos, confidencialidad y pronta reversibilidad, no son necesarios los exámenes clínicos frecuentes y su eficacia no depende del cumplimiento de la usuaria.

Requiere de técnica quirúrgica para aplicarlos y retirarlos. Pueden ser usados por mujeres que tienen alguna contraindicación para el uso de estrógenos y son excelente elección durante la lactancia, porque no la alteran. Pueden producir alteraciones del ciclo menstrual, especialmente en el primer año de uso.

Implanon® está formado por una varilla de etinilacetato de vinilo, de 4 centímetros de longitud y 2 milímetros de diámetro, que libera de forma controlada etonogestrel a una dosis de 30 mcg/ día durante un periodo de 3 años. El implante de etonogestrel es el método más seguro descrito hasta el momento, ya que en los estudios publicados no ha aparecido ningún caso de embarazo (39), si bien la experiencia en su uso es aún limitada. Entre las ventajas de Implanon® se encuentra su facilidad en su inserción y extracción (40). El implante se introduce a nivel subdérmico en la cara interna del brazo no dominante (habitualmente el izquierdo), en el surco que existe entre los músculos bíceps y tríceps. La inserción se realiza mediante un aplicador precargado estéril y la extracción se hace mediante una pequeña incisión. La extracción del implante se realiza a los 3 años o en cualquier momento si la mujer desea tener un hijo. En caso de que la mujer quiera seguir utilizando el método, la inserción se realizará en el mismo momento y tras la extracción del anterior.

Los APS tienen mínimos efectos sobre los factores de coagulación, presión sanguínea, y niveles de lípidos. Los estudios no han demostrado un aumento del riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio o ETEV con su uso. Este tipo de anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente tras el parto. Es el anticonceptivo de elección en madres lactantes ya

que no parece afectar al volumen ni a la composición de la leche materna, ni afectar al desarrollo del lactante (41).

El tiempo de inicio es controvertido (inmediatamente postparto o a la 6ª semana). La OMS ofrece una categoría 3 para el inicio en madres lactantes de < 6 semanas postparto; sin embargo la guía de Estados Unidos ofrece una categoría 2. La OMS especifica que en muchos lugares la morbilidad del embarazo y riesgos de mortalidad son altos, con acceso limitado a los servicios, por lo que serían susceptibles de anticoncepción con APS por mayor disponibilidad y accesibilidad en madres lactantes postparto.

Dispositivo intrauterino (DIU):

Incluye: DIU con cobre (DIU-Cu) y DIU liberador de Levonorgestrel (DIULNG, libera 20 μ g en 24 horas). Se refiere a un elemento pequeño y flexible, habitualmente de plástico con metal o con un progestágeno, que impide el embarazo en forma efectiva e inocua cuando es insertado dentro de la cavidad uterina.

a. Dispositivos intrauterinos con cobre.- El DIU con cobre más usado es la T de cobre 380. El más efectivo es la T-Cu 380A©, con tasas de embarazo menores de 1 por 100 mujeres en el primer año de uso, y de 1 a los 7 años. Conserva su eficacia por más de 10 años, con tasas acumuladas de embarazo de 2,6 por 100 mujeres.

Como todos los cuerpos extraños producen una reacción inflamatoria local que se expresa en el líquido y las paredes de la cavidad uterina. Los iones cobre aumentan esta reacción inflamatoria. Por otra parte, los iones cobre alcanzan concentraciones elevadas en los fluidos intraluminales del útero, concentraciones que son tóxicas para los espermatozoides. Los DIUs con cobre no producen efectos adversos sistémicos, y su uso se asocia a molestias generales con una frecuencia significativamente menor que los métodos hormonales. Por esto, los dispositivos con cobre representan una alternativa particularmente adecuada para mujeres que tienen factores de riesgo para el uso de anticonceptivos hormonales.

b. Dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel.- El dispositivo intrauterino que libera levonorgestrel (T-Ng20) consiste de un cilindro sólido fabricado con una mezcla de levonorgestrel y silastic y rodeado de una delgada membrana de silastic. Contiene 52 mg de levonorgestrel, libera 20 µg diarios del esteroide y está diseñado para 5 años de uso.

En la mayoría de las mujeres, este dispositivo induce amenorrea o hipomenorrea, después de un período de sangrados irregulares que puede durar unas semanas o meses. Esto es una ventaja para las mujeres que desean usar un DIU y experimentan problemas con otros tipos de DIU. Su eficacia es muy alta con tasas acumuladas de embarazo a los 60 meses de 0,5, valores comparables a los observados con la esterilización femenina.

El mecanismo de acción anticonceptiva es complejo, existiendo inhibición de la ovulación en alrededor del 55% de las usuarias, como en el caso de las pastillas de progestina pura. Además, ejerce un potente efecto progestativo sobre el cuello uterino y el endometrio. Esto transforma el moco cervical en espeso e impermeable al paso de los espermatozoides, y provoca una supresión uniforme de la proliferación endometrial.

La inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) puede ocurrir en diferentes tiempos en relación al último embarazo. Inserción post placentaria DIU se define como la inserción dentro de los diez minutos de expulsión de la placenta. La colocación de un DIU posparto, especialmente dentro de las primeras 48 horas, es ventajoso para la mujer, ya que proporciona la anticoncepción efectiva en el punto de atención. Además, la motivación para la anticoncepción puede ser elevada después del parto. Sin embargo, existe la preocupación de que la inserción de un DIU al menos antes de cuatro semanas después del parto puede aumentar el riesgo de efectos adversos que afectan a la seguridad (perforación, infección y sangrado), así como la eficacia (expulsión).(42)

La inserción posparto inmediata del DIU con cobre, en especial cuando la inserción tiene lugar inmediatamente después del alumbramiento de la placenta (dentro de los primeros 10 minutos), se asocia con tasas más bajas de expulsión del DIU que la inserción posparto diferida. Además, la tasa de expulsión con la inserción en el momento de la cesárea después del alumbramiento son más bajas en comparación con las inserciones vaginales después del

alumbramiento. No obstante, dependerá de varios factores: edad de la paciente, paridad, experiencia del ginecólogo, etc.

La guía del CDC establece los siguientes tiempos posparto y categorías: < 10 minutos tras alumbramiento: 2; 10 minutos tras alumbramiento a < 4 semanas postparto: 2; ≥ 4 semanas postparto: 1; Sepsis puerperal: 4 (igual a OMS).

Esterilización femenina:

La esterilización es la eliminación intencionada de la fecundidad sin comprometer la función sexual y endocrina. La esterilización femenina es el método utilizado de la anticoncepción, con mayor prevalencia en los países en desarrollo, seleccionados por el 19% de las mujeres de 15-49 años casadas o en una unión. (43)

La mitad de estos procedimientos se llevan a cabo en el post-parto inmediato, el resto son esterilizaciones tubáricas a intervalo (44)

El método más común de la esterilización abdominal es la técnica de Pomeroy (1929), todavía ampliamente utilizado para la simplicidad y efectividad, consiste en clampar la parte ístmica de trompas con una pinza atraumática, la ligadura del bucle con sutura absorbible y escisión. Ambos extremos de las trompas se separan después de la resorción de la sutura y en el medio se forma tejido fibrótico. En la técnica de Pomeroy modificado (Pritchard), la sección avascular de la mesosalpinx se sutura con material absorbible, evitando los vasos sanguíneos. El hilo se ata alrededor de la parte proximal y distal del bucle del tubo, posteriormente el bucle se escinde. Otra modificación de la Pomeroy es la técnica de Parkland: Se logra la separación anatómica inmediata de los extremos cortados del tubo (45).

Se realiza en el momento del parto por cesárea o después de un parto vaginal. La minilaparotomía después del parto vaginal se realiza generalmente antes de la aparición de la involución uterina significativa a través de una pequeña incisión infraumbilical. (46)

Requiere el asesoramiento y el consentimiento informado antes de parto y el parto. Idealmente, el consentimiento debe obtenerse durante la atención prenatal, cuando el

paciente puede revisar los riesgos y beneficios del procedimiento, y considerar los métodos anticonceptivos alternativos. Existen varios obstáculos, incluyendo la edad joven y la preocupación por arrepentimiento, así como la falta de quirófanos disponibles y anestesia, que intervienen que hasta el 50% de las mujeres que solicitan la esterilización posparto no se sometan al procedimiento.

El riesgo de la repetición, el embarazo no deseado dentro de 1 año de entrega, que se ha informado a ser tan alto como 46,7% para las mujeres que solicitaron, pero no recibieron la esterilización posparto, hace hincapié en la importancia de facilitar este procedimiento(47). Con el fin de ser un defensor efectivo de esterilización posparto, el obstetra-ginecólogo debe ser proactivo para identificar y superar los obstáculos para llevar a cabo un procedimiento de post-parto (48).

El personal de salud también debe estar familiarizado con las leyes y regulaciones que pueden limitar la esterilización, tales como limitaciones a la edad, estado psicológico del paciente y el tiempo y los requisitos de procedimiento para el proceso de consentimiento.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos y el uso de los mismos en las pacientes púerperas de los servicios de maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

3.2. METODOLOGÍA

3.2.1- Tipo de Investigación:

El presente es un estudio de tipo no experimental de corte transversal, descriptivo, correlacional ya que busca la relación entre dos variables: el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y el uso de los mismos.

3.2.2- Descripción de la Sede de Estudio y Población:

La investigación fue realizada en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, categoría III-1, localizado en la Provincia Constitucional del Callao con Dependencia Administrativa de la Dirección de Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional y sede docente de pre y post grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Dentro de las diversas especialidades que ofrece, se encuentra el Departamento de Ginecología y Obstetricia, que brinda servicio a aproximadamente 3000 pacientes por mes en el área de Consultorio Externo, según la Oficina de Estadística e Informática en el año 2014 (ANEXO 1). De la misma manera en el HNDAC se atendieron 3528 nacimientos en el año 2013, de los cuales fueron cesárea 1219 y partos vaginales 2309, de estos 2251 fueron eutócicos (ANEXO 2).

De la población atendida en el año 2013, el 32% corresponde a mujeres entre 30 a 48 años, el 60% a pacientes entre 18 a 29 años y el 8% corresponde a adolescentes desde 12 a 17 años; observándose que la mayor cantidad de pacientes son jóvenes en edad fértil, con alta probabilidad de tener una nueva gestación en los próximos años.

La población de estudio está conformada por todas las pacientes en puerperio de las Salas de Maternidad del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao; tanto la Sala “Santa Rosa”, como las Sala “San Jorge”, durante el mes de Enero del 2015.

Se llegó a realizar encuesta a 156 puérperas de los servicios de maternidad del HNDAC durante el mes de Enero-2015.

3.2.3- Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentren en etapa de puerperio y permanezcan hospitalizadas en las Salas de Maternidad del HNDAC en el mes de Enero 2015.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en minusvalía física o mental.
- Pacientes que por sus condiciones de salud no puedan responder la encuesta.
- Pacientes que no dieran el consentimiento para la aplicación del instrumento.

3.2.4- Operacionalización de variable

Tabla N°3: Operacionalización de Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de Medición	Escala de clasificación	Criterio de medición
Uso de método anticonceptivo	Adopción de conjunto de métodos anticonceptivos por la pareja para prevenir un embarazo	Si ha decidido usar un método anticonceptivo antes del alta médica		Cualitativa	nominal	Sí No	Encuesta

Conocimientos	Datos concretos, conceptos e informaciones que utiliza una persona para decidir lo que se debe o puede hacer frente una situación.	Es la información referida por las púerperas acerca de los métodos anticonceptivos.	Generalidades sobre planificación familiar post-parto	Cualitativa	ordinal.	Excelente	Si se obtuvo un puntaje de 17 a 20 puntos, respecto a las preguntas de conocimientos.
			Generalidades sobre métodos anticonceptivos			Bueno	Si se obtuvo un puntaje de 16 a 13 puntos, respecto a las preguntas de conocimientos
			Características de cada uno de los métodos anticonceptivos			Regular	Si se obtuvo un puntaje de 12 a 10 puntos, respecto a las preguntas de conocimientos
			Falsos conceptos sobre métodos anticonceptivos			Deficiente	Si se obtuvo un puntaje de 09 a 00 puntos, respecto a las preguntas de conocimientos

3.2.5- . Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento utilizado se basó en una encuesta que consta de 20 preguntas de selección única (ANEXO 3), validado, obtenido del trabajo de Investigación "Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las Pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda", el cual se encuentra estructurado de la siguiente manera:

1. Primera parte: Identificación general, que registra la edad, estado civil, religión, grado de instrucción, paridad, edad de inicio de la primera relación sexual, número de parejas que ha tenido, deseo del embarazo actual, fuente de información sobre métodos anticonceptivos y forma de participación del cónyuge en la elección del método anticonceptivo.
2. Segunda parte: Uso de método anticonceptivo: Esta pregunta es acerca de elección del método anticonceptivo durante la estancia hospitalaria, y cuál fue el elegido; en caso no

haber elegido ningún método, se realiza una pregunta abierta para que coloque el o los motivos.

3. Tercera parte que evalúa el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, conformados por preguntas de respuesta única referente a: generalidades sobre planificación familiar post-parto (pregunta 1 a la 3); generalidades sobre métodos anticonceptivos (preguntas 4 a la 9); modalidades y características de cada uno de los métodos anticonceptivos (preguntas 10 a la 16); falsos conceptos sobre métodos anticonceptivos (preguntas 17 a la 20).

El nivel de conocimiento se determinó según el número de respuestas correctas de las púerperas de acuerdo al siguiente patrón de corrección: 1.e; 2.a; 3.e; 4.c; 5.c; 6.e; 7.e; 8.e; 9.a; 10.e; 11.c; 12.b; 13.e; 14.e; 15.c; 16.e; 17.e; 18.e; 19.d; 20.e.

Los resultados obtenidos se calificaron en una escala del 0 al 20 de la siguiente manera:

- Excelente: de 17 a 20 puntos
- Bueno: 13 a 16 puntos
- Regular: 10 a 12 puntos:
- Deficiente: 00 a 09 puntos

3.2.5.1 Prueba piloto

La prueba piloto se realizó en 10 pacientes en sala de puerperio del HNDAC en las fechas 30 y 31 de diciembre del 2014. Se pudo obtener información acerca de si la redacción de la encuesta es clara para todos los encuestados y si todos interpretan las preguntas de la misma manera.

Sus objetivos principales de la prueba piloto fueron:

- Evaluar la idoneidad del cuestionario.
- Calcular la extensión de la encuesta o el tiempo necesario para completarla.
- Determinar la calidad de la tarea del encuestador.

3.2.5.2. Aplicación de la encuesta

Considerando los hallazgos obtenidos en la prueba piloto se tomó las precauciones respecto al tiempo empleado en la encuesta y a las preguntas que haya tenido dificultad en interpretación.

Previo coordinación con las autoridades correspondientes y Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HNDAC se procederá a la recolección de datos por medio de la encuesta. Se les explicara los objetivos de la investigación y como realizar el correcto llenado de cada encuesta.

3.2.6. Análisis estadístico de los datos

Una vez recolectados los datos estos fueron ingresados, procesados y analizados por medio del paquete estadístico SPSS versión 22.

Se realizaron estadísticos descriptivos como distribución de frecuencia y porcentajes, representados en tablas de contingencia y en gráficos. De la misma manera se realizó el análisis bivariado de nivel de conocimientos versus uso de métodos anticonceptivos, se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado, con un nivel de significación de 0.05.

La representación de los datos se realizó mediante tablas.

CAPÍTULO IV

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

La población de estudio estuvo conformada por 156 puérperas de los Servicios de Maternidad del HNDAC, quienes respondieron la encuesta durante el mes de Enero 2015, no se toma en cuenta aquellas pacientes que no desearon participar en la Investigación y que no cumplían los criterios de inclusión.

La población estuvo formado en su mayoría por pacientes jóvenes; edad de los 20 a 28 años, con 76 pacientes, que corresponde a un 48.7%, además el grupo de adolescentes estuvo formada por un 29.5% y el de adultas por 21.8%. (Tabla N°4)

**TABLA N° 4
PACIENTES PUÉRPERAS DEL HNDAC ENERO-
2015 SEGÚN GRUPOS DE EDAD**

Grupos de edad	N	%
Adolescente	46	29.5
Jóvenes	76	48.7
Adulto	34	21.8
Total	156	100.0

El estado civil de la mayoría de pacientes es conviviente, con 110 puérperas, lo que equivale a un 70.5% del total de la población; además un 23.1 % es soltera y solo 10 pacientes son casadas, que equivale al 6.4% de las encuestadas. (Tabla N°5)

TABLA N°5
ESTADO CIVIL EN PACIENTES PUÉRPERAS DEL
HNDAC ENERO-2015

Estado civil	N	%
Casada	10	6.4
Soltera	36	23.1
Conviviente	110	70.5
Total	156	100.0

Con respecto al embarazo actual, el 37.2 % de la pacientes son primíparas, del resto, el 14.1% se trataba de su 4to embarazo a más; pudiendo encontrar a 2 pacientes en la que el embarazo actual se trataba de su octavo hijo. Dentro de la población, 82 pacientes expresaron que este embarazo no había sido planificado, lo que equivale a un 52.6%. (Tabla N°6)

TABLA N°6
PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO ACTUAL EN
PACIENTES PUÉRPERAS DEL HNDAC ENERO-2015

Embarazo Deseado	N	%
Si	82	52.6
No	74	47.4
Total	156	100.0

Al momento de ser encuestadas, 140 pacientes ya habían escogido un método anticonceptivo para que se le sea aplicado o administrado antes del alta médica, esto equivale a un 89.7%. (Tabla N°7) De este grupo de pacientes, el método que fue más escogido fue el Acetato de Medroxiprogesterona o ampolla trimestral con 66.7% que equivale a 104 pacientes; los siguientes métodos con mayor porcentaje de elección fueron la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral, ambos con 7.7% de puérperas. (Tabla N°8)

TABLA N°7
ELECCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN
PACIENTES PUÉRPERAS DEL HNDAC ENERO-
2015

Elección de Método Anticonceptivo	N	%
Si	140	89.7
No	16	10.3
Total	156	100.0

TABLA N°8
TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ESCOGIDO EN
PACIENTES PUÉRPERAS DEL HNDAC ENERO-2015

Método Anticonceptivo	N	%
Ampolla Trimestral	104	66.7
T de Cobre	12	7.7
Ligadura de Trompas	12	7.7
Pastillas anticonceptivas	4	2.6
Otros	8	5.1
Total	140	89.7

Con respecto al nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, de las 156 participantes de la encuesta, 84 pacientes obtuvieron un puntaje de 0 a 9 puntos, considerado como nivel “Deficiente” de conocimientos, lo que equivale a un 53.8% las pacientes. De la misma manera el 35.9% obtuvo puntaje de 10 a 12, es decir un nivel de conocimientos considerado “Regular” y solo el 10.3% obtuvo puntaje de 13 a 16, considerado “Bueno”. Ninguna paciente obtuvo un nivel de conocimiento Excelente con puntaje de 17 a 20. (Tabla N° 9)

TABLA N°9
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES PUÉRPERAS DEL HNDAC
ENERO-2015

Nivel de Conocimiento	N	%
Deficiente	84	53.8
Regular	56	35.9
Bueno	16	10.3
Total	156	100.0

A partir de la información obtenida se realizó tablas cruzadas, obteniéndose los siguientes resultados:

Todos los grupos etarios, el mayor porcentaje lo obtuvieron las pacientes con calificación “Deficiente” en la encuesta, observándose que las pacientes de 20 a 28 años concentraban el mayor número de pacientes con calificación “Regular”, además de 12 de las 16 pacientes con calificación “Buena”. (Tabla N°10)

TABLA N°10
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN
RANGO DE EDAD EN PACIENTES PUÉRPERAS DEL HNDAC ENERO-2015

Rangos de Edad	Nivel de Conocimientos							
	Deficiente		Regular		Bueno		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Adolescente	34	21.8	10	6.4	2	1.3	46	29.5
Jóvenes	32	20.5	32	20.5	12	7.7	76	48.7
Adulto	18	11.5	14	9.0	2	1.3	34	21.8
Total	84	53.8	56	35.9	16	10.3	156	100.0

Con respecto al nivel de instrucción y el nivel de conocimientos, se observó que las pacientes que presentaban un nivel de conocimientos de “Bueno” a “Regular” tenían un nivel de Instrucción de Secundaria Completa a más; y que el mayor porcentaje de pacientes con conocimientos “Deficientes” tenía secundaria incompleta o tan solo Nivel Primario. (Tabla N°11)

TABLA N°6
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES PUÉRPERAS DEL HNDAC ENERO-2015

Grado de Instrucción	Nivel de Conocimientos							
	Deficiente		Regular		Bueno		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria Completa	10	6.4	4	2.6	0	0.0	14	9.0
Primaria Incompleta	4	2.6	0	0.0	2	1.3	6	3.8
Secundaria Completa	24	15.4	18	11.5	0	0.0	42	26.9
Secundaria Incompleta	36	23.1	8	5.1	0	0.0	44	28.2
Superior Completa	2	1.3	6	3.8	0	0.0	8	5.1
Superior Incompleta	0	0.0	8	5.1	8	5.1	16	10.3
Técnica Completa	2	1.3	6	3.8	2	1.3	10	6.4
Técnica Incompleta	6	3.8	6	3.8	4	2.6	16	10.3
Total	84	53.8	56	35.9	16	10.3	156	100.0

En relación al nivel de Conocimientos y si el embarazo actual había sido o no planificado, el 28.2% de las pacientes tenían nivel “Deficiente” y al mismo tiempo el embarazo no había sido planificado; mientras que el 25.6% de las puérperas que refieren que el embarazo fue planificado presentan este mismo nivel de conocimientos. Entre las pacientes con nivel de conocimiento “Regular”, los porcentajes de planificación del embarazo o no planificación del mismo fueron de 20.5% y 15.4 % respectivamente. (Tabla N°12).

TABLA N° 12
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN
PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO ACTUAL EN PACIENTES PUÉRPERAS DEL
HNDAC ENERO-2015

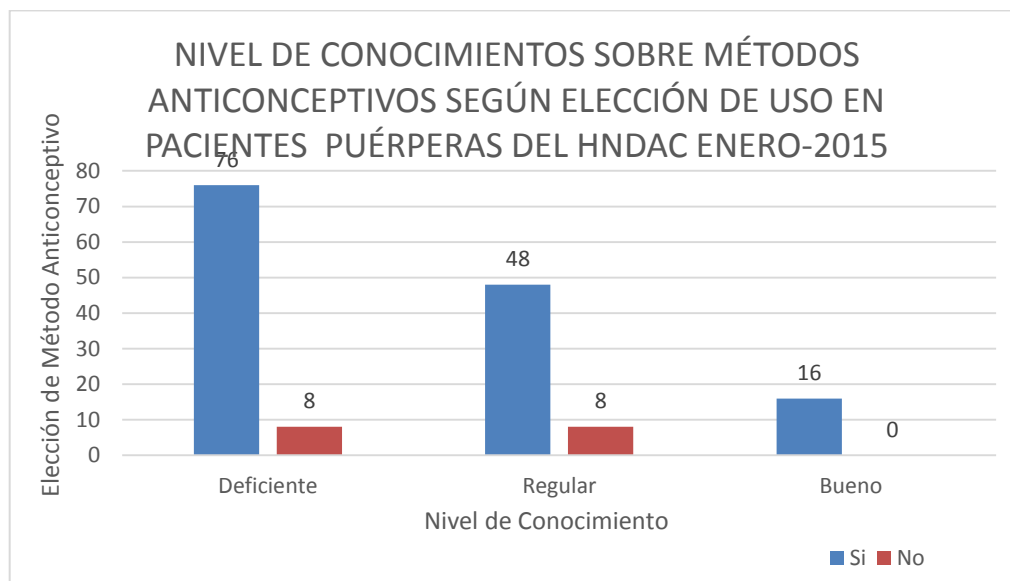
Embarazo Planificado	Nivel de Conocimientos							
	Deficiente		Regular		Bueno		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	40	25.6	32	20.5	10	6.4	82	52.6
No	44	28.2	24	15.4	6	3.8	74	47.4
Total	84	53.8	56	35.9	16	10.3	156	100.0

Con respecto a la elección de un método anticonceptivo, la totalidad de pacientes con nivel de conocimiento “Bueno” eligieron un método para que le sea administrado antes del alta médica, además se observa que de las 140 pacientes que eligieron método, 76 de ellas tienen nivel de conocimiento “Deficiente”, y 48, “Regular”. (Tabla N°13) (Gráfico N°2)

TABLA N° 13
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN
ELECCIÓN DE USO EN PACIENTES PUÉRPERAS DEL HNDAC ENERO-2015

Elección de Método Anticonceptivo	Nivel de Conocimientos							
	Deficiente		Regular		Bueno		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	76	48.7	48	30.8	16	10.3	140	89.7
No	8	5.1	8	5.1	0	0.0	16	10.3
Total	84	53.8	56	35.9	16	10.3	156	100.0

Gráfico N° 2



Dentro de las 140 pacientes que eligieron un método anticonceptivo, el 41% escogió acetato de Medroxiprogesterona y presentó nivel de conocimiento “Deficiente” en la encuesta, de la misma manera 6 de las 12 pacientes que eligieron T de cobre y Bloqueo Tubárico tenían el mismo nivel de conocimiento “Deficiente”. El 8.6% de las pacientes presentaron conocimientos “Bueno” y eligieron acetato de Medroxiprogesterona. (Tabla N° 14)

TABLA N°14
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN MÉTODO ELEGIDO EN PACIENTES PUÉRPERAS DEL HNDAC ENERO-2015

Tipo de Método escogido	Nivel de Conocimientos						Total	
	Deficiente		Regular		Bueno			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ampolla Trimestral	58	41.4	34	24.3	12	8.6	104	74.3
T de Cobre	6	4.3	4	2.9	2	1.4	12	8.6
Ligadura de Trompas	6	4.3	6	4.3	0	0.0	12	8.6
Pastillas anticonceptivas	2	1.4	0	0.0	2	1.4	4	2.9
Otros	4	2.9	4	2.9	0	0.0	8	5.7
Total	76	54.3	48	34.3	16	11.4	140	100.0

CONOCIMIENTOS Y USO: ANÁLISIS BIVARIADO

El análisis bivariado de conocimientos versus elección de un método anticonceptivo, se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado, detallada a continuación.

1. Planteamiento de hipótesis:

Ho: “No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos y la elección de uso de los mismos en pacientes puérperas del HNDAC en Enero-2015”

Ha: “Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos y la elección de uso de los mismos en pacientes puérperas del HNDAC en Enero-2015”

2. Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

3. Estadístico de prueba:

$$X^2_{\text{calculado}} = [\sum (O_i - E_i)^2] / E_i$$

Valores Observados			
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ELECCIÓN DE MÉTODO		Total
	Si	No	
Deficiente	76	8	84
Regular	48	8	56
Bueno	16	0	16
Total	140	16	156

Tabla N° 15 Valores Observados de Nivel de Conocimientos y Elección de método

Valores Esperados		
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ELECCIÓN DE MÉTODO	
	Si	No
Deficiente	75.38	8.61
Regular	50.25	5.74
Bueno	14.35	1.6

Tabla N° 16 Valores Esperados de Nivel de Conocimientos y Elección de método

	fo	fe	fo - fe	(fo-fe)^2	[(fo-fe)^2]/fe
Deficiente. Sí	76	75.38	0.62	0.384	0.005
Deficiente. No	8	8.61	- 0.61	0.372	0.043
Regular. Sí	48	50.25	- 2.25	5.062	0.100
Regular. No	8	5.74	2.26	5.107	0.889
Buena. Sí	16	14.35	1.65	2.722	0.189
Buena. No	0	1.6	- 1.6	2.56	1.6
TOTAL (X ² calculado)					2.826

Tabla 17. Cálculo de la prueba de X²

Los grados de libertad (V) son calculados de la siguiente manera:

$$V = (\text{cantidad de filas} - 1) (\text{cantidad de columnas} - 1)$$

$$V = (3-1) (2-1) \quad V = 2$$

Por lo que con 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05 ($p=0.95$) se ubica el valor de Chi cuadrado en tabla de valores críticos siendo este valor $X^2 = 5.991$.

4. Criterios de decisión:

Ho se rechaza si $X^2_{\text{calculado}}$ es mayor o igual al X^2 de la tabla, con 2 grados de libertad, cuyo valor es: 5.991.

$$X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}} = \text{Ho no se rechaza la hipótesis nula} \quad \rightarrow \quad X^2_{\text{cal}} = 2.826$$

5. *Conclusión:*

Por lo tanto existe evidencia para afirmar que a un nivel de significación de 0.05, no existe relación entre el nivel de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos y la elección de los mismos en pacientes puérperas del HNDAC Enero-2015

4.2 Discusiones

El conocimiento acerca de métodos anticonceptivos, es importante en todas las poblaciones, ya que junto con los Programas de Planificación Familiar, ayudan a que haya un control del nacimiento, coloca tanto al hombre como la mujer como actores principales en la decisión de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, al mismo tiempo que existe una responsabilidad compartida entre el Estado, para poner a disposición de todos la información necesaria y la población, quien también debe estar interesada en el cuidado de su salud reproductiva.

Al mismo tiempo una parte importante de la población que debe de tener claros los conocimientos del uso de los métodos anticonceptivos, son las mujeres que acaban de concluir la etapa de gestación, ya que deben de elegir un método que le sea connivente, según las singularidades de cada mujer, y útil para evitar un nuevo embarazo en un corto periodo.

Hay muchos estudios acerca del nivel de conocimiento en poblaciones con diferentes características, como adolescentes, estudiantes de áreas de la salud, personal de salud; pero hay muy pocos estudios de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos en pacientes puérperas, a pesar de que se trata de pacientes que deben elegir de manera próxima un método para aplazar un nuevo embarazo por el tiempo que crea conveniente.

De los resultados del presente estudio, podemos resaltar que el 29.5% de las pacientes encuestadas eran adolescentes, entre 14 a 19 años de edad, lo que se asemeja a la información del ENDES 2013(49), en donde figura que aproximadamente el 32 % de las mujeres que tienen un hijo por primera vez, son menores de 20 años. Además de éstas adolescentes, solo el 34%

refirió que el embarazo fue planificado, que se asemeja a las cifras de la ENDES en donde solo el 32% había esperado quedar embarazada. Es importante tener en cuenta esta información ya que la población adolescente es muy vulnerable a quedar nuevamente embarazada en corto tiempo, ello se debe a un incipiente, inefectivo y discontinuo uso de métodos anticonceptivos; al poco acceso a servicios y anticoncepción segura, siendo más vulnerables a la violencia y a la presión de la pareja, por razones de identidades, roles y relaciones de género tradicionales, valores culturales de femineidad, maternidad, masculinidad, razones económicas y otras inequidades de género y sociales; sumado al pobre nivel de conocimientos acerca de ellos, lo que se apreció en los resultados del estudio, ya que el 73.9% de la población adolescente presentó un nivel de conocimiento “Deficiente; lo que se asemeja a el estudio de Gil Hernández (50), quien estudió una población de un rango de edad de 12 a 19 años, donde obtuvo, luego de una encuesta, un 63% de adolescentes con nivel de conocimientos “Inadecuado”; a su vez contrasta con el estudio español realizado por Guerrero Masiá (51) y colaboradores, en el que la población adolescente revela un desconocimiento de un 30% en relación a los métodos anticonceptivos; observándose diferencia entre el nivel de conocimientos de los adolescentes de la población europea, con dos poblaciones de países sudamericanos.

Se observó además que el grado de instrucción tiene un papel importante en el nivel de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos, ya que de la población que tuvo solo una educación de primaria incompleto y completo; el 74.1% y el 66.7%, obtuvo puntaje “Deficiente” respectivamente; en contraste con las que obtuvieron puntaje “Bueno” quienes tuvieron grado de instrucción superior en un 50% y Técnica completa e incompleta en un 20 y 25% respectivamente. La influencia del grado de instrucción también se observa en la investigación de Alma Luz Vázquez (52), quien al estudiar a una población de entre 15 a 44 años, encontró que aquellos que habían concluido una carrera universitaria o técnica, tenían un nivel de conocimientos “Alto” en un 100% y 78% respectivamente.

Acerca del nivel de conocimientos, los resultados son desalentadores, ya que solo un 10.3% del total de las encuestadas obtuvo un puntaje de 12 a 16 puntos, considerada como “Buena” y un

35.9% un puntaje de 9 a 11, considerado “Regular”; la mayoría de encuestadas obtuvo un puntaje menor a 9, que equivale a un nivel “Deficiente”, en un 53.8%; resaltando que ninguna puérpera encuestada obtuvo calificación “Excelente” Esta información es contradictoria con la obtenida en la ENDES 2013(49), donde figura que el 98% de las mujeres en edad fértil conocen por lo menos un método anticonceptivo, esto se debe a que el concepto de conocimiento fue evaluado al preguntar si alguna vez ha oído acerca de algún método, y no se basa en un nivel de conocimiento como el obtenido a través de una encuesta de 20 preguntas como el presente trabajo. En una investigación realizada en una población de pacientes en el post-parto en el Hospital Hipólito Unanue en el año 2008 (53), se observaron resultados similares, pero más positivos, ya que el nivel de conocimiento “Bueno” llegó a un 21.2%, el regular a un 52.4% y el malo a 26.4%. De la misma manera en un trabajo realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (7), en una población de adolescentes, se identificó que el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos fue que más de un 50 % de la muestra presentaba una inadecuada información. Cabrera indica un mayor porcentaje en el nivel de conocimiento deficiente con el 60,5%. (54)

Con respecto a si existe una relación entre el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y la elección y consiguiente uso de uno, se observó, mediante el uso de la prueba estadística chi-cuadrado, que no hay una relación directa entre ambas variables, ya que de toda la población encuestada, la mayoría presentaba un nivel de conocimiento “Deficiente”, en un 53.8%, a pesar de esto el 90.5% de estas pacientes se decidieron por un método anticonceptivo, lo que suena contradictorio ya que los conocimientos son los que ayudan a tomar decisiones y a realizar elecciones. De la misma manera el 100% de las mujeres con un nivel de conocimiento “Bueno”, optaron por un método. Este resultado se puede deber a que a pesar de no tener un conocimiento global acerca de los métodos anticonceptivos, las pacientes desean evitar tener hijos en un periodo corto de tiempo, por lo cual aceptan la opción de someterse a algún procedimiento para poder irse de alta con un método escogido y administrado, es decir es posible que sus conocimientos sean deficientes si se trata de todos los métodos, y se limita a solo conocer el método escogido.

Los resultados obtenidos por Martínez en el INMP (7) son diferentes, ya que en esta investigación, las pacientes que presentaban un nivel de conocimientos “Malo” no aceptaron el uso de un método en el post-parto, a diferencia de las que obtuvieron un conocimiento “Bueno” quienes aceptaron en su totalidad el uso de un método.

Ante estos resultados, también debemos de analizar cuáles fueron los métodos escogidos, y encabezando la lista en los 3 niveles de conocimiento se encuentra el acetato de Medroxiprogesterona o ampolla trimestral, además la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral fueron escogidos en la mayoría de los casos por puérperas con nivel de conocimiento “Deficiente”.

Al analizar ambos resultados; la falta de relación entre el nivel de conocimiento y la elección de un método; y la gran proporción de pacientes que escogieron la ampolla trimestral, nos debemos de percatar que al no contar con los conocimientos necesarios en los demás métodos, es posible que, en caso no volver a aplicarse la ampolla trimestral, estén en riesgo de quedar embarazadas en un corto periodo, ya que no se lleva un seguimiento de las pacientes que son dadas de alta con la aplicación de la ampolla y cuántas de éstas regresan para que le sea administrada una nueva dosis. Muchas de las pacientes, al no tener en claro las características de los métodos, la menor molestia es relacionada al método usado, el cual es un motivo de desuso, lo que también la expone a un nuevo embarazo.

CAPÍTULO V

5.1 Conclusiones

- Las pacientes puérperas de los servicios de Maternidad de HNDAC presentan un 53.8% de nivel de conocimientos “Deficiente”, un 35.9% de conocimientos “Regular” y solo el 10.3% obtuvo de puntaje lo correspondiente a un nivel “Bueno”; ninguna puérpera obtuvo calificación “Excelente”.
- De la totalidad de pacientes, el 89.7% decidió administrarse o colocarse algún método anticonceptivo antes de que se efectivice el alta médica, siendo el método más escogido el acetato de Medroxiprogesterona, y en segundo y tercer lugar, la T de cobre y el bloqueo tubárico bilateral.
- No se observó una relación entre las variables uso y nivel de conocimiento, ya que a pesar de que más de la mitad de encuestadas presentara un nivel de conocimiento “Deficiente”, el alrededor del 90% de las puérperas escogió un método anticonceptivo.
- La población adolescente, fue el 29.5% de la población total. De este porcentaje, el 73.9% tiene un nivel de conocimientos “Deficiente” y solo el 4.3% un nivel de conocimiento “Bueno”. Lo que nos recalca que esta población es muy vulnerable a presentar un embarazo no planificado en corto tiempo.
- El nivel de instrucción tuvo influencia en el nivel de conocimientos obtenido por las encuestadas, ya que el 100% de las puérperas que obtuvieron nivel de conocimientos “Bueno” contaban con educación superior y técnica; en comparación de las que tenían Primaria o secundaria, ya sea completa o incompleta, quienes en su mayoría contaban con nivel de conocimiento “Deficiente”.

5.2 Recomendaciones

- Los hospitales, tanto del MINSA como de EsSalud, atienden anualmente a gran cantidad de pacientes embarazadas, ya sea en su etapa prenatal, como en el parto, pero no solo debe de ser un objetivo que tanto la madre y el niño se vayan de alta con un aparente buen estado de salud, sino también con los conocimientos necesarios para que, también goce de una buena salud reproductiva, por lo cual no solo debe de esperarse que la paciente escoja un método anticonceptivo de manera provisional en esta etapa de puerperio, sino también se debe de poner énfasis en la educación, e inculcar la importancia de la planificación familiar en esta parte de la población, aprovechando en primer lugar que las mismas pacientes son conscientes de la necesidad de no volver a quedar embarazadas, y en segundo lugar aprovechar la estadía de la paciente en el hospital, donde tiene mayor contacto con el personal de salud, siendo este un momento propicio para poder impartir conocimientos.
- Orientar sobre la importancia de la planificación familiar y sobre las opciones anticonceptivas disponibles en los diferentes puntos de contacto, es decir aquellos momentos en los que la población tiene mayor acceso a la información, en este caso no solo en la etapa del puerperio, sino también en los controles prenatales y luego en los controles posteriores al parto.
- Sería recomendable que a las pacientes a quienes se les ha administrado en método temporal como la ampolla trimestral, se le realice un seguimiento para saber si ha continuado asistiendo al consultorio de Planificación Familiar para la colocación de la siguiente dosis, ya que la continuación es lo que aumenta el éxito del objetivo del método anticonceptivo, que es evitar el embarazo.

Referencias bibliográficas

- (1) Cleland J et al. Family planning: the unfinished agenda. The Lancet, 2006, 368(9549):1810–1827.
- (2) DaVanzo J et al. Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. BJOG, 2007, 114(9):1079–1087.
- (3) Jackson E & Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. Obstetrics & Gynecology, 2011, 117:657–662.
- (4) Luis Távara-Orozco. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:120-136.
- (5) Valenzuela S. Aspectos Antropológicos y Bioéticos a considerar en la planificación familiar. Fa. Medicina U. de Chile 2004; mayo (1):1-15.
- (6) Proctor A, Jenkins T, Loeb T y colaboradores. Patient Satisfaction with 3 Methods of Postpartum Contraceptive Counseling: A Randomized, Prospective Trial. Journal of Reproductive Medicine 51(5):377-382, May 2006
- (7) Lic. Latorre Martínez Pamela Alexandra. Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012
- (8) Miller JE. Birth intervals and perinatal health: an investigation of three hypotheses. Fam Plann Perspect 1991;23(2):62-70.
- (9) Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study. BMJ. 2003 Aug 9;327(7410):313.
- (10) López, C. y Col. (1993). Riesgo Reproductivo: Una Estrategia para Fortalecer los Servicios de Planificación Familiar. Rev. Méd. Hondur. 61(3):91-97.
- (11) United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. Cairo 5-13 September 1994. New York: UN 1995.

- (12)** United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women. Beijing 4-15 September 1995. New York: UN 1996
- (13)** Cruz Almaguer C. Dra., Bencomo García D. Dra., González Regalado M. Dra., Diago González J. Dr., García Machado M. Dra., García Imías I. Dra. Salud reproductiva: métodos anticonceptivos utilizados en planificación familiar. Trabajo de Revisión. Año de publicación 2007.
- (14)** Poblacion y Desarrollo. Programa de Accion adoptado en la Conferencia Internacional sobre Poblacion y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994. Cap. VII, Pto. 7.2. Nueva York: Naciones Unidas; 1995. p. 32
- (15)** Fogel R. Fecundidad y condiciones socioeconomicas: el caso de Paraguay. En: Pantelides E., Bott S. Reproduccion, Salud y Sexualidad en America Latina. 1a ed. Buenos Aires: Editoras Aires; 2000. p. 37- 41
- (16)** The Alan Guttmacher Institute (AGI). Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Nueva York: AGI; 1994.
- (17)** Sing S, Wulf D. Niveles estimados de aborto en países latinoamericanos. International Family Planning Perspectives. Número Especial, 1994:3-13.
- (18)** OMS. Atención para un aborto sin riesgos: Fundamentos lógicos desde el punto de vista de la salud pública y de los derechos humanos. En: Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. 2ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012. p. 17-26.
- (19)** Miguel Gutiérrez. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013; 30(3): 465-70
- (20)** Diana Mansour, Pirjo, Kristina Gemzell. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, February 2010;15:4–16
- (21)** Art. 6 de la Constitución Peruana
- (22)** Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva
- (23)** Norma Técnica de Planificación Familiar. NT N° 032-MINSA/DGSP-V.01- 2005

(24) INDICACIONES PARA REALIZAR LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Ginecología. Pac MG-1. Parte D, Libro 2. Págs. 39 a 46.

(25) Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: The inconclusive agenda. Lancet. 2006;368:1810-27.

(26) Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs and World Health Organization. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores OMS- 2011

(27) Niveyro Vargas M, Pinzetta R, Vanni M. Utilizacion de métodos anticonceptivos en la localidad de Riachuelo Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 161 – Septiembre 2006 Pág. 5-8.

(28) Dirección General de Salud Reproductiva Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. 2002

(29) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: revised recommendations for the use of contraceptive methods during the postpartum period. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011; 60:87

(30) Panzetta S. Lactational amenorrhoea method contraception: improving knowledge. Community Practitioner. 2011; 84 (10): 35-37

(31) 6. Villar Vera E M, Valenzuela Tamayo C, Ruiz Reyes D, García Joanicot O, Álvarez de la Cruz C, León Pacheco L. Nivel de conocimiento sobre el método de la lactancia amenorrea como recurso anticonceptivo. Rev Cubana Enfermería

(32) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, et al. Contraceptive Technology, 18° Revised edit. New York: Arden Media 2004.

(33) Von Mellendorf CE, van Damme L, Moyes JA, Rees VH, Callahan MM, Mauck CK, Puren AJ, Tweedy K, Taylor D. Results of a safety and feasibility study on the diaphragm use with ACIDFORM gel or K-Y Jelly.

(34) Family Health International. User behaviors and characteristics related to condom failure, 2005.

- (35)** Berkowska M, Smit J, Mobude Z, Vijayakumar G, Linda J. Male partner involvement and assistance in female condom use. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13:400-13-
- (36)** Barnhart K, Kulp JL, Rosen M, Shera DM. A randomized trial to determine the distribution of four topical gel formulations in the human vagina. *Contraception*. 2009;79:297-303.
- (37)** Wethoff C. Depot-medroxyprogesterone acetate injection (Depo-Provera ©): a highly effective contraceptive option with proven long-term safety. *Contraception*. 2003;68:75-87.
- (38)** Steiner MJ, Kwok C, Stanback J, Byamugisha JK, Chipato T, Magwali T, Mmiro F, Rugpao S, Sriplienchan S, Morrison C. Injectable contraception: what should the longest interval be for reinjection?. *Contraception*. 2008;78:1-16.
- (39)** Trussell J. Contraceptive efficacy. En Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Steward, F, Kowal D. *Contraceptive Technology: Nineteenth Revised Edition*. Nueva York NY: Ardent Media, 2007.
- (40)** Mascarenhas L. Insertion and removal of Implanon: practical considerations. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000; 5 Suppl 2: 29-34.
- (41)** Díaz S. Contraceptive implants and lactation. *Contraception* 2002;65(1):39- 46.
- (42)** Sarita Sonalkar, Nathalie Kapp. Intrauterine device insertion in the postpartum period: A systematic review. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2014; Early Online: 1–15
- (43)** Salvatore Gizzo, Anna Bertocco, Female sterilization: Update on clinical efficacy, side effects and contraindications. *Minimally Invasive Therapy*. 2014;23:261–270
- (44)** Abbott J. Transcervical sterilization. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19:743–56
- (45)** Beerthuis R. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: V. Female sterilisation. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15:124–35.
- (46)** Benefits and Risks of Sterilization. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol. 121, No. 2, Part 1, February 2013

- (47)** Thurman AR, Janecek T. One-year follow-up of women with unfulfilled postpartum sterilization requests. *Obstet Gynecol* 2010;116:1071–7. (Level II-2)
- (48)** Access to postpartum sterilization. Committee Opinion No. 530. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012;120:212–5.
- (49)** Encuesta Demográfica de Salud Familiar- ENDES 2013
- (50)** Lic. Arletty Gil Hernández; Dr. Yarmein Rodríguez García†; Dr. Miguel Rivero Sánchez. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. *AMC* vol.16 no.1 Camagüey ene.-feb. 2012
- (51)** MD. Guerrero Masiá. Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:433-42
- (52)** Alma Luz Vázquez. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco 2005.
- (53)** Brenda Lorena Navarro Ríos. Influencia de los conocimientos y actitudes en la aceptación del método anticonceptivo en el posparto: hospital Hipólito Unanue abril – mayo 2008. *Rev Per Obst Enf* 4 (2) 2008.
- (54)** Maribel Del Carmen Cabrera Hernández. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de las pacientes en puerperio de los servicios de maternidad del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" abril - diciembre 2000. Barquisimeto.

ANEXOS

ANEXO 1

Número de Atenciones en Consultas según Servicio hasta setiembre 2014

Oficina de Estadística e Informática – HNDAC

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

Oficina de estadística e Informática - Año 2014

Número de Atenciones en Consulta Externa, según Servicio

DEPARTAMENTO - SERVICIO	TOTAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
HOSPITAL NACIONAL ALCIDES CARRION	313152	47138	41925	45593	45127	31262	25207	27966	24596	24338
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	60351	10082	10033	10587	10718	5452	3246	4705	2906	2622
Oftalmología	22780	3384	3587	3706	4007	2143	1987	2594	751	621
Oftalmología Pediátrica	4017	633	721	543	600	500	308	398	243	71
Otorrinolaringología	4179	802	800	965	954	394	0	0	28	236
Otorrinolaringología Pediátrica	2013	455	362	401	339	223	42	32	58	101
Traumatología	7000	1419	1127	1329	1192	478	223	593	459	180
Cirugía General	5436	950	944	998	959	441	122	277	366	379
Urología	6165	804	955	864	933	653	371	516	560	509
Cirugía Plástica y Quemados	2358	457	436	403	479	155	33	54	117	224
Cirugía Pediátrica	1691	286	308	323	281	170	52	83	79	109
Neurocirugía	1271	260	212	373	325	101	0	0	0	0
Cirugía Torácica y Cardiovascular	1639	357	334	343	316	57	0	37	107	88
Cirugía Cabeza y Cuello	1802	275	247	339	333	137	108	121	138	104
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	22059	3226	2991	2608	2860	1814	1936	2378	1936	2310
Ginecología	13210	2397	1828	1423	1685	1023	1065	1402	1070	1317
Obstetricia	5498	812	752	745	758	458	444	545	417	567
Psicoprofilaxis	3351	17	411	440	417	333	427	431	449	426
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	85165	14814	12483	14052	13337	7680	5431	5957	5770	5641
Cardiología	13966	2553	2123	2750	2381	1087	715	1045	680	632
Dermatología	9361	1621	1603	1573	1570	856	729	536	491	382
Medicina Interna	9979	1674	1510	1566	1413	752	563	784	847	870
Neurología	7512	1705	1187	1482	1202	1038	422	196	158	122
Gastroenterología	9217	1485	1220	1315	1349	652	522	904	903	867
Geriatría	421	68	69	15	72	45	24	38	45	45
Endocrinología	6952	1329	1002	1234	1220	681	439	376	401	270
Neumología	10786	1679	1577	1656	1518	919	770	912	831	924
Reumatología	4390	777	673	575	761	391	307	269	307	330
Infectología	4053	444	413	488	482	485	457	420	444	420
Psiquiatría	3607	621	443	601	551	292	238	259	305	297
Nefrología	3888	616	511	519	546	395	245	218	358	480
Neurología Pediátrica	1033	242	152	278	272	87	0	0	0	2
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	11210	1908	1673	1926	1785	870	646	887	677	838
Pediatría General	11210	1908	1673	1926	1785	870	646	887	677	838
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	16048	1721	1922	1918	1885	1815	1751	1687	1659	1690
Psicología	16048	1721	1922	1918	1885	1815	1751	1687	1659	1690

ANEXO 2

Atención De gestantes según tipo de parto 2013

Oficina de Estadística e Informática – HNDAC

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
Oficina de Estadística e Informática

ATENCIONES GESTANTES SEGÚN TIPO DE PARTO

PERIODO : AÑO 2013

MES	NUMERO DE PARTOS	PARTO POR CESAREA	PARTO VAGINAL							
		Centro Quirurgico		Centro Obstetrico						
	TOTAL GENERAL	Sub-Total PARTOS POR CESAREAS	Sub-Total PARTO VAGINAL	PARTO EUTOCICO	PARTO DISTOCICO					
					Sub Total	PODALICO	FORCEPS	VACUM	EMB-MULT.	Otros
ENERO	288	96	192	191	1	0	0	0	1	0
FEBRERO	279	98	181	179	2	0	0	0	1	1
MARZO	287	102	185	181	4	0	0	0	1	3
ABRIL	295	98	197	187	10	0	0	0	0	10
MAYO	309	108	201	195	6	0	0	0	0	6
JUNIO	274	80	194	190	4	0	0	0	1	3
JULIO	293	100	193	192	1	1	0	0	0	0
AGOSTO	336	133	203	198	5	2	0	0	1	2
SEPTIEMBRE	285	113	172	166	6	0	0	0	1	5
OCTUBRE	293	91	202	190	12	1	0	0	0	11
NOVIEMBRE	290	101	189	186	3	1	0	0	1	1
DICIEMBRE	299	99	200	196	4	1	0	0	1	2
TOTAL	3528	1219	2309	2251	58	6	0	0	8	44

FUENTE : Sistema de Registro de Hechos Vitales - Libro de Partos de Centro Obstetrico y Libro de Cesareas de Centro Quirurgico

ELABORACION : Area de Analisis y Desarrollo UE - OEIT - HNDAC

EEZB

ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN LAS PACIENTES PUÉRPERAS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN - ENERO 2015**

1. Edad: _____

2. Religión: _____

3. Grado de Instrucción: ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Técnica
☐ Completa ☐ Incompleta

4. Estado Civil: ☐ Casada ☐ Soltera ☐ Conviviente ☐ Divorciada ☐ Viuda

5. Paridad: Embarazo: __ Partos: __ Cesárea: __ Abortos: __ Hijos Vivos: ____

6. Edad de inicio de la primera relación sexual: _____

7. N° de parejas sexuales: _____

8. Fecha del embarazo anterior: _____

9. Embarazo deseado: ☐ Si ☐ No

10. ¿En qué forma participa su pareja en la elección del método anticonceptivo?

☐ Imponiendo el método ☐ En Acuerdo mutuo
☐ Prohíbe su uso ☐ No ayuda a la elección

11. El conocimiento que tienes sobre métodos anticonceptivos los has adquirido a través de:

☐ Revistas ☐ Periódicos y libros ☐ Médicos
☐ Enfermeras ☐ Familiares ☐ Amigos
Otros: _____

12. ¿Ha decidido usar algún método anticonceptivo? ☐ Si ☐ No

a. En caso la respuesta sea Sí: ¿Qué método escogió? _____

b. En caso la respuesta sea No: ¿Por qué no desea usar un método anticonceptivo?

En las Sigüientes preguntas diga una sólo respuesta:

1. La planificación familiar sirve para:

- a. Que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán.
- b. Evitar los embarazos.
- c. Tener los hijos en el momento más adecuado.
- d. Programar la llegada del próximo hijo.
- e. Todas son ciertas.

2. El método anticonceptivo que use una mujer debe ser:

- a. El que usted escoja.
- b. El que su marido le imponga.
- c. El que su médico decida.
- d. El que se elige luego de un asesoramiento completo de su pareja con el médico.
- e. El que le aconseje su amiga.

3. La planificación familiar después del parto permite:

- a. Evitar trasladarse a un centro de salud distante después del parto.
- b. Iniciar las relaciones sexuales antes de los 40 días, después del parto con seguridad.
- c. Protección contra el embarazo por largo tiempo.
- d. Menos dolor y sangramiento durante la colocación del aparato.
- e. Todas son ciertas.

4. Con respecto a las pastillas anticonceptivas, no es cierto que pueden ser usadas por mujeres:

- a. Mayores de 35 años.
- b. Con diabetes controlada.
- c. Con hipertensión arterial.
- d. Con anemia por deficiencia de hierro.
- e. Ninguna de las anteriores

5. Se conocen como métodos anticonceptivos.

- a. La ligadura de las trompas.
- b. El quitar el útero.
- c. Los procedimientos naturales o artificiales destinados a evitar el embarazo.
- d. Las pastillas anticonceptivas.
- e. El aparato intrauterino.

6. Los métodos anticonceptivos pueden iniciarse:

- a. A las 24 horas después del parto.
- b. Durante los primeros ocho días después del parto.
- c. A los 40 días después del parto.
- d. Cuando le quite el pecho al niño.
- e. En cualquier momento después del parto.

7. Son métodos anticonceptivos.

- a. Las pastillas anticonceptivas.
- b. Los condones.
- c. El aparato intrauterino.
- d. El método del ritmo.
- e. Todos los anteriores.

8. Donde se debe acudir para elegir un método anticonceptivo:

- a. A las farmacias.
- b. A la iglesia.
- c. Al supermercado.
- d. A comprar libros o folletos sobre métodos anticonceptivos.
- e. A los servicios de planificación públicos o privados.

9. Podemos clasificar los métodos anticonceptivos en:

- a. Naturales y artificiales.
- b. Pastillas y aparatos.
- c. Condones y pastillas.
- d. Esterilización.
- e. No sabe.

10. Llamamos métodos anticonceptivos naturales:

- a. Al método ritmo.
- b. Temperatura basal y moco cervical.
- c. Interrupción del acto sexual.
- d. La lactancia materna.
- e. Todas son ciertas.

11. Pueden usar métodos naturales:

- a. Todas las mujeres.
- b. Solo las católicas.
- c. Mujeres con reglas regulares.
- d. Las mujeres casadas.
- e. No sé.

12. El método del ritmo ayuda a:

- a. Quedar embarazadas.
- b. Determinar el período de fertilidad.
- c. Evitar el embarazo.
- d. Todas las anteriores.
- e. No sabe.

13. Con respecto a los métodos anticonceptivos, es cierto que:

- a. Ninguno es confiable.
- b. El aparato intrauterino produce cáncer.
- c. Al usarlos, muchas mujeres quedan infértiles permanentemente.
- d. La vasectomía y la ligadura de las trompas disminuyen el deseo sexual.
- e. Todas son falsas.

14. Con respecto al condón es cierto:

- a. No se debe utilizar más de una vez.
- b. Es recomendable su uso en toda relación sexual.
- c. Se coloca con el pene erecto.
- d. Sirven para prevenir enfermedades venéreas.
- e. Todas son ciertas.

15. Las espumas y jaleas espermaticidas:

- a. Se colocan después de la relación sexual.
- b. Se colocan 24 horas antes de la relación sexual.
- c. Se colocan 15 minutos antes de la relación sexual.
- d. Protegen siempre sin importar el momento en que se apliquen.
- e. No sabe.

16. Con respecto a los aparatos intrauterinos, es cierto que:

- a. Son de varias formas.
- b. No interfieren con la lactancia materna.
- c. Son de larga duración.
- d. Es uno de los métodos más efectivos.
- e. Todas son ciertas.

17. Los métodos hormonales incluyen:

- a. Las pastillas anticonceptivas.
- b. Las inyecciones.
- c. Los implantes dentro de la piel.
- d. Los aparatos intrauterinos.
- e. Todas las anteriores.

18. Cualquier pastilla anticonceptiva puede:

- a. Tomarse amamantando al bebé.
- b. Comenzarse en cualquier día del mes.
- c. Tomarlas cualquier mujer.
- d. Tomarse durante el embarazo.
- e. Todas son falsas.

19. Con respecto a la esterilización quirúrgica es falso que:

- a. Se puede emplear en la mujer.
- b. Se puede emplear en el hombre.
- c. Se pueden emplear en el hombre y en la mujer.
- d. Cualquiera se puede someter a esterilización cuando lo desee.
- e. Su elección debe ser consultada con el médico.

20. Con respecto a las mujeres que usan el aparato intrauterino que:

- a. No necesitan regresar nunca a control médico.
- b. Produce aumento de peso.
- c. Es muy recomendado en las mujeres que nunca han salido embarazadas.
- d. Si sale embarazada, se le incrusta en la cabeza del bebé.
- e. Todas son falsas.